

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1916-1917. — N° 25

VIE MÉDICO-CHIRURGICALE

D'UN MÉDECIN

RETENU PENDANT DEUX ANS EN CAPTIVITÉ ALLEMANDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Mars 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond BADOLLE

Né le 4 décembre 1887, au Coteau (Loire).

Interne des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Mars 1917

VIE MÉDICO-CHIRURGICALE

D'UN MÉDECIN

RETENU PENDANT DEUX ANS EN CAPTIVITÉ ALLEMANDE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1916-1917. — N° 25

VIE MÉDICO-CHIRURGICALE

D'UN MÉDECIN

RETENU PENDANT DEUX ANS EN CAPTIVITÉ ALLEMANDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Mars 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond BADOLLE

Né le 4 décembre 1887, au Côteau (Loire).

Interne des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1917

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
X... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	(MM. TEISSIER
	ROQUE
Cliniques chirurgicales	BARD
	TIXIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BÉRARD
Clinique ophtalmologique	FABRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	ROLLET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	NICOLAS
Clinique des maladies des enfants	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des femmes	WEILL
Physique médicale	POLLOSSON (A.)
Chimie biologique	CLUZET
Chimie organique et Toxicologie	HUGOUNENQ
Matière médicale et Botanique	MOREL
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREAU
Anatomie	GUIART
Anatomie générale et Histologie	TESTUT
Physiologie	RENAUT
Pathologie interne	MORAT
Pathologie et Thérapeutiques générales	COLLET
Anatomie pathologique	LÉSIEUR
Médecine opératoire	PAVIOT
Médecine expérimentale et comparée	POLLOSSON (M.)
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	ETIENNE MARTIN
Thérapeutique	X ..
Pharmacologie	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THÉVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, *Président*; Aug. POLLOSSON, *Assesseur*;
MM. NOVÉ-JOSSERAND et MARION, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MES AMIS

INTRODUCTION

La guerre, en nous éloignant de nos maîtres et de notre centre d'études, nous rend extrêmement difficile le développement de sujets qui demandent des conseils fréquents et de nombreuses lectures.

C'est pour cela que nous avons pensé, dans ce travail modeste et sans prétentions, exposer simplement ce que nous avons vu et pu faire de médico-chirurgical dans notre trop long exil.

Nous avons pu, en outre, nous rendre compte par quelques lectures de l'évolution générale qu'a suivie la chirurgie de guerre en Allemagne.

Nous verrons donc au fur et à mesure de notre passage dans les diverses formations allemandes auxquelles nous avons été affecté, ce que nous avons vu et fait dans le domaine professionnel.

Nous nous permettrons de signaler d'un mot au passage la conduite des confrères allemands que nous avons rencontrés. Nous réserverons un chapitre spécial pour les idées ou les actes chirurgicaux rapportés dans le supplément pour chirurgie de guerre du périodique allemand, que nous avons pu nous procurer : *Medizinische Münchener Wochenschrift*.

Ce travail nous offre l'occasion de remercier ceux de nos maitres et de nos camarades qui, ayant appris notre infortune, ont adouci nos heures douloureuses ; il donnera aussi aux uns et aux autres, malheureusement dans une trop faible mesure, l'occasion de voir ce qui se faisait là-bas.

VIE MÉDICO-CHIRURGICALE

D'UN MÉDECIN

RETENU PENDANT DEUX ANS EN CAPTIVITÉ ALLEMANDE

CHAPITRE PREMIER

DE LA CAPTURE AU RESERV-LAZARETT DE BIELEFELD
EN WESTPHALIE

Médecin auxiliaire dans un bataillon d'infanterie, nous fûmes blessé par éclats d'obus et fait prisonnier le 1^{er} octobre 1914 à Crapeaumesnil, dans l'Oise. Le premier médecin régimentaire auquel nous fûmes présenté dans la nuit qui suivit notre capture, négligea notre blessure et nous invita aimablement à reposer sur un peu de paille-fumier dans une grange ouverte à tous les vents.

Le lendemain, nous fûmes conduit à une ambulance divisionnaire allemande à Candor, où les médecins furent plus corrects et regardèrent notre blessure; on nous badigeonna la cuisse avec un vernis à base de térébenthine que les Allemands appelaient « mastix ». Par-dessus le vernis était appliquée une gaze, qu'il maintenait appliquée sur la partie blessée.

C'était alors la méthode appliquée d'une façon gé-

nérale dans les ambulances allemandes de l'avant pour les plaies par balles ou petits éclats. Cette méthode se proposait d'être à la fois occlusive et antiseptique; nous savons qu'on renforça ultérieurement l'action antiseptique par la teinture d'iode; mais même si nous n'avions pas notre exemple personnel (nous eûmes un abcès de la cuisse), nous jugerions défavorablement cette pratique, qui nous paraît empêcher les fonctions des téguments autour des orifices des projectiles et qui, d'autre part, peut parfaitement transformer en vases clos les trajets au fond desquels sont cachés balles, éclats d'obus avec les fragments de vêtements qui ont pu être entraînés.

De l'ambulance de Candor nous fûmes conduits le jour même en voiture à Noyon. Nous fûmes bien reçu dans un des Feldlazarets de cette ville. Nous restâmes au repos deux jours dans ce Feldlazarett; nous fûmes examiné mais non pansé à nouveau. On nous offrit un wagon-lit pour être transporté en Allemagne, ce que nous refusâmes, ne voulant pas être séparé de notre ami, le médecin aide-major du bataillon resté auprès de nous lors de notre blessure.

Le 4 octobre, nous prîmes la route de l'exil dans un wagon de 3^e classe, qui remplaça, sur nos réclamations, le wagon à bestiaux qu'on nous destinait.

En cours de route, nous fûmes pansé une fois à Liège ou à Namur; nous ne fûmes nourri que grâce à la pitié obligeante d'un de nos gardiens, un étudiant en droit de Hambourg.

CHAPITRE II

HOPITAL TEMPORAIRE DE BIELEFELD

Nous arrivâmes dans la nuit du 7 au 8 octobre à Bielefeld, en Westphalie. On nous fit descendre et on nous transporta en automobile au Lazarett.

A. Les locaux. — Ce Lazarett, uniquement destiné aux prisonniers de guerre, était une immense brasserie, excellemment située sur une colline dominant la ville; elle avait été choisie vraisemblablement à cause des facilités de surveillance et d'isolement.

Les salles de malades étaient bien; les lits de bonne qualité.

Il n'y avait qu'une salle de pansements exigüe, mal éclairée; heureusement seules les interventions les plus sommaires étaient exécutées au Lazarett; pour les opérations de quelque importance, les blessés étaient conduits dans un hôpital de la ville, où ils étaient opérés par le professeur M...

B. Matériel. Pansements. Médicaments.

— Le matériel était bon. Les objets de pansements et les médicaments abondants au début, mais dès

avril 1915, on remplaça le plus possible le coton par de la ouate-papier ressemblant beaucoup à notre papier buvard ; on ne nous donna que de faibles quantités d'alcool et de teinture d'iode.

C. Personnel médical et subalterne. —

Le médecin chef de cet hôpital, le D^r S..., major de réserve, fut extrêmement courtois et traita toujours nos blessés avec des dispositions très paternelles.

Il avait sous ses ordres six ou sept médecins allemands, tous praticiens de la ville ou des environs, en général corrects avec notre confrère et nous.

Nous fûmes d'abord deux médecins français, puis notre chef et ami, sous prétexte de rapatriement, fut remplacé en février 1915 par un médecin polonais, le D^r B..., chirurgien de Varsovie, jeune, extrêmement actif, qui rendit les plus grands services à nos blessés.

Trois, puis six infirmiers français se dévouèrent pour leurs camarades.

Il y avait pour la surveillance des salles quelques sous-officiers sanitaires allemands, qui en général s'accomplissaient de leurs fonctions avec conscience ; les infirmiers, qui dépendaient d'eux, ne laissaient pas trop à désirer.

D. Le fonctionnement du Lazarett. Les méthodes. Notre rôle chirurgical. —

Comme il n'y avait qu'une salle de pansements et plusieurs services, chaque médecin avait à sa disposition une heure de la journée pour faire son travail ; la salle de pansements fonctionnait matin et soir.

Le mot d'ordre était au début l'abstention opératoire systématique : je veux dire par là que non seulement on n'opérait pas au Lazarett, mais qu'on ne faisait pas non plus opérer les blessés en ville. Les résultats n'étaient d'ailleurs pas extrêmement brillants ; si je n'ai pas vu de gangrène gazeuse, — nous étions trop loin du front — j'ai vu des suppurations intarrissables, de toutes couleurs, des complications cérébrales et des arthrites suppurées, des pseudarthroses, qui auraient certainement pû être en partie évitées.

Mais les médecins traitants — non chirurgiens — étaient trop heureux de s'en tenir scrupuleusement aux directions données.

Bien que nous vivions nous-mêmes sur les données primitives officielles de la chirurgie de guerre, nous sentions qu'il y avait, dans ce que nous voyions, des choses contraires au bon sens ; nous avions surtout des plaies et des fractures des membres ; nous voyions tous les jours des esquilles qui venaient spontanément se mettre sous la pince du médecin ; il nous semblait plus simple de les enlever d'emblée par une opération convenable.

Nous fîmes part de notre opinion au médecin chef, dont nous étions l'assistant, mais nous étions gêné, d'une part, par une disproportion d'âge et de grade trop grande et, d'autre part, par une connaissance à cette époque tout à fait trop restreinte de la langue allemande.

Et puis c'était presque au début de notre captivité, vers décembre 1914 ; le médecin chef, en bon Alle-

mand, voulut seulement peu à peu nous laisser quelque liberté d'action ; nous dûmes gagner notre grade d'assistant actif, et nous eûmes la sensation de recommencer successivement nos fonctions de stagiaire, d'externe, d'interne.

La confiance vint petit à petit et nous pûmes réagir un peu contre les tendances trop conservatrices des confrères.

Mais nous confessons que celui qui fit à peu près tout pour obtenir un traitement vraiment chirurgical fut notre collègue polonais.

Perspicace et hardi, il estimait, dès février 1915, que le premier acte du traitement chirurgical était l'ablation des projectiles et des esquilles.

Ancien étudiant de l'Université de Leipzig, il parlait l'allemand à la perfection. Il put, par suite, rapidement faire changer l'orientation du traitement, commander le complément d'installations et d'instruments, pour être à même d'opérer sur place ce qu'il était nécessaire et sans danger d'opérer.

Le médecin chef, dont le bon sens égalait la bienveillance, nous permit de tenter quelques opérations ; il nous avertit d'avance qu'il se réservait le droit de nous arrêter, si les résultats lui paraissaient insuffisants.

Nous obtinmes que nos blessés fussent menés au Service radiographique des blessés allemands et nous pûmes opérer, toujours nantis des renseignements radiographiques ou radioscopiques (nous descendions quelquefois avec les blessés à l'hôpital central de la ville).

Comme malheureusement il n'était pas possible de constituer une salle d'opérations en dehors de la salle de pansements, nous opérâmes deux jours par semaine et chaque fois, la veille, la salle était nettoyée et lavée complètement.

Nous ne fîmes à peu près que de la chirurgie des membres de la chirurgie des os longs. Comme nous avions choisi nos cas, les premiers résultats furent des guérisons rapides et le médecin chef, qui s'inquiétait soigneusement des suites, nous octroya de plus en plus de liberté.

Le nombre des médecins allemands diminua progressivement et, au mois de mai 1915, nous ne restions plus que deux médecins allemands, notre collègue polonais et nous; le médecin chef voulut bien nous confier ses blessés.

C'est ainsi que nous opérâmes environ 150 blessés sur les 150 qui passèrent à l'hôpital. Bien que nous ayons toujours opéré sur des plaies suppurant depuis longtemps et dans des conditions imparfaites, nous n'eûmes jamais de septicémie. Notre principe général était d'enlever toutes les d'esquilles, tous les séquestres et de rechercher tous les corps étrangers que révélait la plaque; les parties molles, frappées de mort, étaient excisées ou curettées; pansement à plat lavage à l'eau oxygénée, quand le drainage était bon, exposition au soleil dès que les conditions climatiques et le médecin chef nous le permirent.

Sur ces 150 cas de fistules chroniques, suppurant à la suite de fracture esquilleuse ancienne d'un os long, d'ostéomyélites chroniques de fractures compliquées,

nous eûmes environ un tiers de guérisons définitives quelquefois seulement après trois interventions, un tiers était encore en traitement au moment de la fermeture de notre hôpital, avec tendance à la guérison, un tiers n'avait pas été amélioré nous n'avions pas été assez radicaux ou pas assez adroits.

En tous cas, nous le répétons, pas de septicémie, pas de mort.

Nous nous permettons de rapporter à ce sujet, deux observations, qui nous restent parmi les papiers, que nous avons pu sauver des fouilles et dont l'une est complète et assez typique.

OBSERVATION I

*Fracture compliquée de l'humérus. -- Tétanos.
Paralysie radiale. — Opération. — Guérison complète.*

Van C..., Joseph, Flamand.

Blessure le 2 octobre 1914. Arrivée au Lazarett le 14 octobre 1914.

Etat à l'entrée. — Deux blessures par balles au bras et à l'épaule gauche.

Pour la première blessure, l'entrée se trouve entre l'omoplate gauche et l'humérus; la sortie sous la clavicule, dans son tiers externe. Pour la seconde blessure, orifice d'entrée au-dessous de l'épine de l'omoplate, orifice de sortie à la face postéro-externe de la portion moyenne du bras; à cet orifice, la blessure a la largeur d'une paume de main. Fracture esquilleuse de l'humérus.

Deux autres blessures légères dans les régions fessières droite et gauche.

Le 15 octobre, on note de la dureté et de la contracture du deltoïde. On pense au tétanos. On fait 20 centimètres

cubes de sérum antitétanique (nous n'avons pas noté et nous ne nous rappelons pas si une injection de sérum avait été faite au préalable).

Le 16 octobre, secousses dans le bras. Trismus. Pendant cinq jours de suite, injection de 10 centimètres cubes de sérum.

Le 4 novembre, tétanos guéri. La fracture est déjà un peu consolidée. Lavage à l'eau oxygénée et pansement à plat. Gouttière métallique.

Le 24 décembre, tuméfaction et rougeur de la partie antéro-externe du bras. Température 39°7. Le médecin chef n'est pas d'avis de faire une opération complète ; on fait simplement une incision, on va jusqu'à l'os mais on ne peut pas retirer d'esquille par l'incision trop petite. Les jours suivants, la rougeur et le gonflement rétrocedent. La plaie de l'incision se referme rapidement.

Le 17 janvier 1915, de nouveau gonflement, de nouvelle incision. On ne retire cependant pas d'esquilles, mais on place un drain pour empêcher à la plaie de se fermer et permettre aux esquilles de s'éliminer et faciliter leur ablation.

A ce moment, le bras est tout à fait solide, et l'existence d'une paralysie radiale, dont le diagnostic était jusqu'alors réservé, devient évidente : position caractéristique de la main, etc.

Le 18 février 1915, élimination de trois grosses esquilles.

Le 19 février, la radiographie montre une fracture comminutive de l'humérus environ à 10 centimètres au-dessous de la tête humérale et la traction du fragment supérieur un peu en dehors et en haut. Les esquilles paraissent pour la plupart être incluses dans le cal. Un gros fragment triangulaire sur la face externe paraît être indépendant du cal.

A cette période, le malade passe dans la salle d'un confrère allemand parce que notre blessé étant Flamand est réuni aux autres Flamands ; on leur constitue une place spéciale et on les traite mieux que les autres prisonniers.

Le 17 avril le confrère allemand nous confie le blessé qui garde une fistule postérieure et qui demande à être débarrassé.

Intervention. — Incision d'environ 12 centimètres sur la face externe du bras. On tombe dans une cavité osseuse remplie d'esquilles (quinze environ) et de mauvais tissu de granulations. Une esquille ne pouvait être enlevée par cette voie; on essaye alors par la fistule postérieure, mais il est très difficile d'avoir un jour suffisant. On revient alors à notre incision première et après avoir, au maillet et à la gouge, fait sauter un fragment osseux de la face antérieure de l'humérus, on peut extraire l'esquille volumineuse.

Le 18 avril et jours suivants, pansement quotidien avec lavage par le trajet qui fait communiquer les deux plaies antérieure et postérieure. Excellent état de la plaie.

Le 20 mai, on note une importante diminution de la paralysie radiale, l'extension de la main sur l'avant-bras commence à se dessiner.

Le 26 mai, la plaie opératoire postérieure est guérie.
Électrisation, massages, mouvements.

Le 12 juin, la plaie antérieure est également guérie. Le malade commence à se servir de son membre supérieur.

En juillet, guérison absolument complète et le blessé se sert de son membre blessé comme du sain.

OBSERVATION II

Fracture compliquée sus-condylienne du fémur droit par balle de fusil. — Ablation sous-périostée des esquilles. — Drainage poplité. — Extension continue. — Chute de la température et amélioration locale et fonctionnelle.

R..., Victor, quarante ans. Blessé le 23 avril devant

Ypres, soigné tout d'abord dans un Feldlazarett à Roulers. Amené le 30 mai à l'hôpital de Bielefeld.

État à l'entrée. — Pénétration à la partie postérieure de la cuisse droite, sortie de la balle à la face antérieure à 6 centimètres au-dessus de la rotule; à Roulers on a fait quelques incisions pour assurer l'écoulement du pus. La plaie antérieure conduit dans une cavité qui représente la partie interne et supérieure du creux poplité. Fracture de la cuisse droite. Suppuration très abondante, fétide. Douleurs.

La *radiographie*, faite le 1^{er} juin, montre une fracture complète du fémur avec forte traction du fragment supérieur, en dehors; sur le bord interne de ce fragment et partant de lui, se détache sur l'image plus floue d'un cal irrégulier une arête osseuse très nette. Ça et là plusieurs fragments osseux isolés.

Opération le 3 juin. — Ablation sous-périostée d'une esquille longue d'environ 6 centimètres, triangulaire, ayant une base de 4 centimètres. Ablation des débris osseux rencontrés. Drainage par le creux poplité. Extension continue surveillée de sorte que le fragment inférieur avivé soit en contact avec une partie du fragment supérieur.

Suites opératoires. — Pansement tous les deux jours. Protection aussi grande que possible de l'articulation par un rempart de gaze iodoformée.

Diminution rapide de la plaie qui bourgeonne bien. Le drainage se faisant normalement, la suppuration diminue. Chute rapide de la température de 39 à 37°5. Suppression des douleurs.

Suites ultérieures. — Fermeture progressive de la plaie, pas d'arthrite suppurée, régénération de l'os.

Quand le blessé nous a été enlevé, fin juin, la suppuration était beaucoup moins abondante, pas de température, pas de douleurs, un cal périostique était en formation et nous avons toutes raisons d'espérer un bon résultat.

En tous cas, le nettoyage de la cavité résultait de l'écla-

tement du fémur; l'ablation des esquilles et un large drainage ont rapidement changé la situation locale et l'état général.

La première de ces observations surtout est intéressante, parce que nous avons pu suivre le blessé du commencement à la fin du traitement et que la guérison complète a été obtenue.

Il y a eu un tétanos peu grave, dont son solide tempérament de paysan flamand et le sérum ont eu raison.

Pour ce qui est de la paralysie radiale, on la considèrerait comme étant probablement due à l'englobement du nerf dans le cal; en réalité, elle devait tenir vraisemblablement à la compression d'une esquille, qui pouvait se faire sentir d'autant plus facilement que les parties molles de la région de la fracture étaient le siège d'une infiltration entretenue par l'inflammation. Comme on mobilisa rapidement l'épaule et le coude, le blessé recouvra sans trop tarder l'usage de son membre supérieur.

Dans la deuxième observation, nous n'avons qu'une amélioration et qu'une phase du traitement à apporter; mais la transformation opérée par le nettoyage de la cavité due à la fracture a été telle qu'elle valait d'être soulignée.

En effet, au point de vue traitement général, dans ces deux cas, nous avons opéré dans un milieu infecté; dans le second cas, c'était une sorte de puits dont une partie des parois étaient des parties molles.

Malgré les conditions défavorables, dans les deux cas, le résultat a été bon et nous l'attribuons surtout aux trois faits suivants :

1° Nous avons enlevé, en laissant le périoste, toutes les esquilles ou les séquestres que nous avait révélés la radiographie;

2° Nous avons laissé bien débridées et bien exposées les cavités résultant de l'intervention, sans recessus où l'air et la lumière ne pouvaient pénétrer;

3° Un drainage large permettait l'évacuation du pus ou des éléments sphacelés.

Dans les deux cas, nous avons fait des lavages oxygénés chauds; nous avons cru remarquer que ce lavage aidait à la détersion, mais nous ne savons pas si un pansement simple à la gaze ne nous aurait pas donné les mêmes satisfactions.

Nous n'avons pas observé de déboires graves, en intervenant même tardivement; nous avons pu voir, par contre, quelques cas de mort qui auraient pu être évités, semble-t-il, si la loi n'avait pas été l'abstention systématique.

En dehors de 3 tétanos, nous avons observé comme morts : 1 arthrite suppurée du genou, 3 complications cérébrales de plaies du crâne, 1 abcès intra-cranien, 1 méningo-encéphalite, 1 cas de crises subintrantes d'épilepsie jacksonnienne, terminées par l'exitus au bout de vingt-quatre heures chez un ancien traumatisé du crâne; 1 hémorragie abdominale secondaire (balle dans le ventre).

L'arthrite suppurée du genou, traitée par la méthode des toutes petites incisions, pour chaque nouvel abcès

se montrant, a succombé après des semaines de traitement et de septicémie. Il s'agissait d'une pénétration de part en part de l'articulation par balle de fusil.

Les confrères allemands nous ont laissé faire les autopsies des crânes. Nous avons trouvé dans le cas de l'abcès intra-cranien, une esquille osseuse fichée dans le lobe temporal, perpendiculairement à la surface. Dans le cas des crises jacksonniennes nous avons trouvé une esquille osseuse qui irritait depuis longtemps la partie supérieure des circonvolutions rolandiques.

Dans la méningo-encéphalite nous avons trouvé du pus dans les espaces arachnoïdiens, sans projectiles ni esquilles.

E. Observations sur certains détails de traitement et sur quelques cas particuliers observés à Bielefeld.

1° La plupart des confrères allemands au Lazarett étaient très partisans des antiseptiques les plus variés et des pommades. Nous voyons toujours un colosse anglais, ayant une plaie fistulée à la suite de fracture compliquée du tibia droit, sur laquelle on appliquait des pommades aux couleurs les plus diverses mais aux mêmes succès. Ce malheureux eut de la chance que notre collègue polonais l'opéra encore à temps de l'ostéomyélite subaiguë et très étendue, qu'il eut à la suite de cette « pommadisation » à outrance. Il guérit complètement après exposition au soleil;

2° Un des médecins, beau-père du professeur Bier, employait beaucoup la méthode du maître berlinois. Nous avons suivi ses blessés et malgré tous ses arguments, nous croyons qu'une bonne incision et une bonne ablation auraient donné d'autres résultats que son expectative et ses bandes de caoutchouc ;

3° Nous n'avons vu qu'un résultat d'amputation circulaire en un temps avec moignon osseux en saillie ; le membre amputé avait été coupé comme on coupe une tranche de saucisson. Cette méthode rapide avait été ordonnée au début de la campagne aux chirurgiens de l'avant ; mais, par la suite, elle donna lieu à des controverses. C'est ainsi que le privat-docent Maltis s'est élevé le 29 juin 1915 contre cette amputation circulaire trop rapide ;

4° Nous eûmes au Lazarett de Bielefeld 4 cas de tétanos dont 3 mortels.

Les Allemands eurent, au début de la campagne, une assez grosse mortalité par tétanos. C'est ainsi que le médecin inspecteur Simon, alors chef du Service de Santé du VII^e corps d'armée à Münster (Westphalie), disait dans une circulaire du 28 octobre 1914 que sur 1.500 blessés allemands soignés jusqu'à cette date dans les hôpitaux de cette ville, il y avait eu 26 cas, donc 1,66 pour 100 ; la plupart du temps il avait été précoce et mortel.

Les Allemands manquaient alors de sérum antitétanique et pour cette raison, le même médecin inspecteur ordonnait comme traitement de ne faire, dès

l'apparition des premiers symptômes qu'une injection de 25 centimètres cubes de sérum, suivie les jours suivants de deux injections sous cutanées de 10 centimètres cubes d'une solution de sulfate de magnésie stérile à 25 pour 100.

Le tétanos qui guérit au Lazarett survint chez un Flamand ; si nous le faisons remarquer, c'est que nous croyons qu'il dut la vie en partie à sa robuste constitution ; d'ailleurs, nous avons nettement remarqué que tous les Flamands que nous eûmes à soigner guérissent plus rapidement que les Anglais, soldats de métier, souvent syphilitiques, ou que les Français, souvent alcooliques. Nous faisons cette remarque au passage parce que nous sommes persuadé que la question du terrain, et en quelque sorte les disponibilités leucocytaires sont de la plus grande importance pour la guérison des plaies ;

5° Nous avons observé dans son évolution complète un cas de *fièvre récurrente* chez un sanitaire russe venu avec 178 de ses compatriotes du camp de Görlitz, en Silésie, où ces malheureux avaient été réduits à l'état de squelettes.

Comme le malade avait des phénomènes pulmonaires très marqués, nous crûmes au premier accès à de la pneumonie ; au cinquième jour du premier accès la température tombe de 41°2 à 36°2.

Nous croyions le malade convalescent quand, brusquement huit jours après, sa température remonta.

Nous pensâmes alors à une maladie cyclique, et comme dans les journaux médicaux allemands on

parlait de fièvre récurrente, nous fîmes examiner le sang du malade.

Nous fûmes autorisé à aller voir nous-même les préparations où l'on voyait très nettement le spirille d'Obermeier. Le malade guérit au bout de quatre accès et sans salvarsan.

Nous n'avons pas observé d'autre cas, mais dans les observations des 178 Russes, nous avons pu retrouver des feuilles de température montrant que plusieurs accès de fièvre, étiquetés paludisme à Görlitz, avaient été vraisemblablement des accès de fièvre récurrente.

A l'occasion de l'autorisation qui nous fut accordée d'aller voir les préparations de sang de notre malade, nous avons pu constater que la ville de Bielefeld, ville non universitaire de 80.000 habitants, avait fait édifier à ses frais un laboratoire de bactériologie et d'anatomie pathologique, richement installé, avec un spécialiste largement honoré par la municipalité. Ses fonctions consistaient à faire les coupes et les préparations des hôpitaux et il était autorisé à faire les préparations demandées par les praticiens de la ville.

6° L'air chaud était très employé pour les raideurs articulaires, les troubles nerveux. Un confrère allemand, qui eut quelques cas d'érysipèle chirurgical eut l'idée de soumettre les malades à l'air chaud. Les blessés en retirèrent, et rapidement, les meilleurs bénéfices.

CHAPITRE III

CAMP DE PRISONNIERS DE MINDEN (WESTPHALIE)

Le 26 juin 1915, nous fûmes conduits, avec nos blessés et nos malades, au camp de Minden, en Westphalie.

1^o LE CAMP

Le camp, immense (il était fait pour une dizaine de mille au moins de prisonniers), était constitué par des séries de baraquements en bois construits au début de la guerre.

Chaque baraquement était un vaste rectangle avec une cour centrale, avait son infirmerie, ses cuisines, ses salles de douches spéciales : les prisonniers n'avaient pas le droit d'aller d'un baraquement à l'autre.

En dehors des baraquements pour prisonniers, il y avait les bâtiments du Lazarett. Nous avions deux salles de chirurgie, deux de médecine générale, une de tuberculeux, une de maladies cutanées et vénériennes.

Une baraque contenait les bureaux du médecin

chef et des employés, et les chambres des médecins étrangers.

Il y eut ultérieurement d'autres baraques, construites pour le service de quarantaine des malades ou des blessés russes récemment capturés ; elles étaient séparées d'environ 500 mètres des autres baraques.

Les installations, douches, infirmerie, canalisations, éclairage étaient satisfaisantes.

2° PERSONNEL

Nous étions, au début de mon arrivée au camp, six médecins français ; peu de temps après notre arrivée, un mourut, trois autres partirent pour l'échange de juillet ; nous restions deux médecins russes et deux médecins français.

Nous avions avec nous environ six ou sept confrères allemands, qui changeaient assez fréquemment. La plupart étaient corrects ; seul, le médecin chef se crut obligé de nous traiter assez grossièrement.

Dans chaque salle de malades, il y avait des infirmiers français et russes sous les ordres d'un sous-officier allemand.

3° SERVICE MÉDICAL ET CHIRURGICAL

En dehors des confrères français et russe chargés, chacun pour leurs compatriotes, exclusivement des soins chirurgicaux, les autres médecins, nous avions une visite médicale dans un ou deux des baraques, avec un service de malades au Lazarett.

Nous avions, pour notre compte personnel, un service régimentaire aux baraquements, le service des tuberculeux au Lazarett, et nous aidions les confrères dans leurs opérations.

Dans notre service régimentaire, notre rôle était plutôt un rôle moral qu'un rôle à proprement parler médical. Les hommes venaient nous trouver parce qu'ils voulaient échapper à des départs pour des destinations et des travaux inconnus, souvent contraires aux intérêts de notre pays. Nous étions ainsi pris entre notre rôle de médecin et notre devoir de Français. Il n'était pas toujours aisé de trouver une solution et il y eut souvent des frottements avec les autorités militaires allemandes.

D'une façon générale, nous avons été surpris de la façon dont supportaient la captivité et ses misères les hommes de trente-cinq à quarante ans qui étaient dans notre camp et qui, pour un grand nombre, appartenaient aux régions envahies. Ce qui dominait, c'étaient les troubles digestifs, les entérites, les neurasthénies ; très fréquemment aussi, les malades venaient nous trouver pour de l'incontinence diurne et nocturne d'urine. Je pense qu'il s'agissait là surtout d'une faiblesse du sphincter, manifestation particulière d'un appauvrissement général de l'organisme.

Pour ce qui est des tuberculeux, ils étaient bien couchés, bien chauffés, mais très mal nourris, et cela malgré nos réclamations réitérées.

La mortalité par la tuberculose fut, dans ce camp, la suivante : sur 15.000 Français, qui étaient passés par le camp de Minden jusqu'à notre départ, en

décembre 1915, il y eut 80 décès par tuberculose pulmonaire.

Heureusement, quand les échanges de grands blessés ou de grands malades, quand les internements en Suisse eurent lieu, un certain nombre de ces malades purent partir pour des régions plus clémentes.

Il n'y eut pas d'épidémie à proprement parler. On craignit, à un moment donné, le typhus exanthématique, mais il n'en fut rien. Il s'agit simplement de troubles intestinaux avec éruption, qui rétrocédèrent assez rapidement aux mesures hygiéniques. Elles furent d'ailleurs rapidement et énergiquement prises et les baraques destinées à recevoir les malheureux malades furent construites avec une célérité extraordinaire.

On nous fit vacciner tous les prisonniers contre la fièvre typhoïde et le choléra.

Le service de chirurgie comprenait les petites interventions d'urgence comme phlegmons, les blessés accidentels ayant par exemple une fracture des jambes et les blessés de guerre dont la blessure n'était pas suffisamment grave pour nécessiter l'hospitalisation dans un hôpital allemand.

Nous décidâmes, notre camarade polonais et nous-même, après avoir obtenu une petite salle spéciale, d'opérer hernies, hydrocèles, hémorroïdes, etc., pour rendre service à nos camarades. Malheureusement, nous ne disposions pas d'une stérilisation suffisante : nous n'avions pas d'autoclave. Nous eûmes quelques suppurations et nous arrêtàmes les interventions aseptiques.

Cette chirurgie du temps de paix nous a toutefois montré tout le parti qu'on peut tirer de l'anesthésie locale à la cocaïne ou plutôt à la novocaïne. En employant des solutions à 1/2 pour 100 ou à 1 pour 100, nous avons opéré la plupart de nos hernies, toutes nos hydrocèles, toutes les hémorroïdes à l'anesthésie locale; nous insistons particulièrement sur cette dernière affection où on est amené à faire des manœuvres très douloureuses.

Nous avons toujours obtenu une très satisfaisante anesthésie et nous croyons qu'on pourrait utiliser plus qu'on ne le fait en général dans notre région ce procédé non dangereux et pouvant présenter de sérieux avantages chez des gens âgés ou affaiblis.

Nous nous permettons de faire au sujet de ce mode d'anesthésie quelques remarques qui nous sont inspirées par notre pratique du canif de Minden.

1° Préparatifs. — Nous donnions la veille de l'opération un cachet de véronal de 0,50, pour assurer le sommeil et une demi-heure environ avant l'intervention, nous faisons une injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine pour émousser la sensibilité du patient.

Nous recevions des solutions fraîches de novocaïne, auxquelles nous ajoutions environ L gouttes de la solution d'adrénaline au 1/1.000, pour 100 centimètres cubes de solution de novocaïne.

Nous faisons bouillir au bain-marie environ une dizaine de minutes.

2° Instrumentation. — L'instrumentation est extrêmement importante. Il faut, à notre avis, avoir une seringue et des aiguilles réservées à cette anesthésie.

La seringue doit être solide, bien en mains, facilement démontable et stérilisable; les seringues de Luer, souvent employées, en outre qu'elles sont très fragiles, n'ont pas d'arrêt pour le piston en fin de course; les seringues les plus commodes sont du type Roux ou de celui des dentistes, mais à la condition qu'elles aient un piston métallique et deux anneaux latéraux, permettant l'introduction de l'index et du médius et par là l'exercice d'une forte pression.

On aura un jeu d'aiguilles en platine d'une longueur variant entre 4 et 8 centimètres; pour des injections sous-périostées, des aiguilles en acier rendront encore plus de services.

Il faut toujours vérifier avant l'emploi que l'embout de la seringue s'adapte exactement à l'aiguille; sinon des gouttes de la solution filtrent à la jonction et on ne sait plus exactement quelle dose d'anesthésique on injecte.

3° Méthode d'anesthésie. — Nous croyons que toutes les fois que les données anatomiques permettent d'injecter le liquide anesthésique directement le long d'un filet nerveux commandant l'innervation d'une partie de la région à anesthésier, il y a tout intérêt à le faire; on ajoute ainsi l'injection périmébrale à l'infiltration proprement dite, c'est-à-dire à la diffusion dans le tissu cellulaire sous-cutané du liquide

destiné à insensibiliser les fines terminaisons nerveuses.

L'anesthésie locale dans la cure de la hernie inguinale nous donne un bon exemple de cette association. En deux points, l'un, à trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, l'autre au niveau de la branche horizontale du pubis, on injecte sous l'aponévrose du grand oblique et dans le canal inguinal lui-même, de façon à déposer de la solution dans le voisinage immédiat des branches des abdomino-génitaux et du génito-crural, qui innervent ces régions : c'est l'injection périneurale.

Quand elle sera pratiquée, on fera l'infiltration de la peau. Dans cette infiltration, pour ne pas causer de douleurs inutiles à l'opéré et ne pas augmenter son anxiété, il faut bien avoir soin de piquer l'aiguille, pour la seconde fois, dans le dernier centimètre de la couche qui vient d'être infiltrée et qu'on reconnaît à une petite boursouffure.

L'infiltration est bonne, quand, dans les minutes qui suivent, se détache nettement sur le reste des téguments le soulèvement de la peau dû à l'infiltration.

Nous attendions dix minutes avant de donner le premier coup de bistouri.

Un inconvénient que nous avons constaté quelquefois avec la solution de novocaïne-adrénaline, c'est un hématome secondaire; l'adrénaline doit, au moment de l'hémostase, tenir encore fermées quelques petites artérioles ou quelques veinules; mais quand son action

est terminée, son écoulement sanguin léger peut donner lieu à un hématome. Aussi croyons-nous qu'il faut très soigneusement lier ce qui donne même très faiblement et faire un peu de compression par le pansement.

Avec notre confrère polonais, nous avons observé un certain nombre de cas de volvulus chez des prisonniers russes. Nous nous demandions si cette fréquence ne tenait pas à une longueur plus grande de l'intestin grêle et du mésentère, car cette fréquence nous étonnait d'autant plus qu'aucun Français, Anglais ou Belge ne présenta pendant notre séjour cet accident.

Il est vrai aussi que la nourriture des Russes, d'une part, qui étaient réduits pour le plus grand nombre à un régime très insuffisant, était très au-dessous de celle des autres prisonniers, qui recevaient de leurs familles. Toutefois, notre confrère nous disait qu'à Varsovie il avait observé à l'hôpital israélite un certain nombre de cas de volvulus chez des jeunes.

Le reste de notre captivité, c'est-à-dire le temps écoulé entre décembre 1915 et octobre 1916, nous l'avons passé dans un camp d'officiers où nous restâmes, traité comme les autres prisonniers, sans aucune occupation médicale.

Pendant ce séjour, parut à la fin de juillet 1916, dans les journaux allemands, un aperçu officiel de l'état sanitaire des armées allemandes. Nous en donnons, à titre documentaire la traduction : « D'après la « dernière statistique, des sujets de l'armée allemande « traités dans les hôpitaux de tout l'empire, 90,2

« pour 100 « ont repris du service, 1,4 pour 100 sont
« morts et « 8,4 pour 100 sont devenus inaptes ou
« ont été licenciés. A la suite des mesures préven-
« tives, particulièrement à la suite des vaccinations
« rigoureusement pratiquées, les cas de maladie con-
« tagieuse dans l'armée ont été extrêmement faibles.
« Il s'est toujours agi de cas isolés, qui n'ont jamais
« entravé les opérations militaires. »

CHAPITRE IV

TENDANCES GÉNÉRALES

DE LA CHIRURGIE DE GUERRE ALLEMANDE D'APRÈS LA « MUNCHENER WOCHENSCHRIFT »

Nous avons pu nous procurer les numéros de 1914 et de 1915 de la *Medizinische Münchener Wochenschrift*, périodique hebdomadaire, dont chaque numéro comprenait un complément chirurgical ; nous avons pu nous faire une idée de l'évolution des idées chirurgicales de guerre en Allemagne de fin 1914 à fin 1915.

Nous suivrons dans cette courte revue l'ordre chronologique.

Le 6 octobre 1914, le professeur Sauerbruch, interventionniste de la première heure publia un mémoire intitulé : *Traitement des très graves accès d'asphyxie dans le tétanos par la double phrénicotomie*.

Bien que le malade en question ne fût pas un blessé de guerre, nous donnons un extrait de ce mémoire parce que dans l'esprit du professeur de clinique de Zurich, il était destiné, paraissant d'ailleurs dans le supplément chirurgical, à donner des idées pour les tétanos observés au début de la guerre.

Sauerbruch expose d'abord que tous les traitements

palliatifs dans les cas de tétanos sévère ne peuvent pas amener la guérison, parce qu'il y a un obstacle mécanique, une contraction spasmodique du diaphragme avec rigidité de la cage thoracique.

Au pneumothorax artificiel qui a été proposé, Sauerbruch fait plusieurs reproches : il y a tout d'abord de très grands dangers d'infection ; d'autre part, quand la contracture sera levée, le malade ne pourra plus inspirer lui-même à cause de la pression atmosphérique agissant sur la plèvre.

Sauerbruch propose la phrénicotomie double. Par ce moyen, dit-il, le diaphragme devient une membrane flasque ; l'inspiration artificielle devient possible et quand l'inspiration aura été produite, en vertu de l'élasticité pulmonaire, le poumon tendra de lui-même à revenir à l'expiration.

L'auteur a eu l'idée de cette intervention parce qu'il considère que dans un certain nombre de cas, la mort peut être surtout due à une cause mécanique, sans que l'intoxication soit par elle-même suffisante pour produire la mort.

Il cite un cas de tétanos très grave chez lequel dès l'entrée à la clinique, le professeur fit l'opération : il s'agissait d'un jeune garçon d'une dizaine d'années.

Les phréniques furent atteints par des incisions le long du bord postérieur des sterno-cléido-mastoïdiens.

Immédiatement après l'intervention, la respiration abdominale fut comme supprimée, la respiration devint seulement costale supérieure : 40 respirations par minute. Un appareil à respiration artificielle (Tiegel) fut installé au lit de l'opéré.

Le soir de l'intervention et les jours suivants, l'opéré eût plusieurs crises violentes de dyspnée avec cyanose.

Le onzième jour après l'intervention, Sauerbruch lui fit une gastrotomie, parce que l'alimentation naturelle n'était plus possible. Par la gastrotomie, on lui fit passer du chloral avec les aliments.

Le tube de la gastrotomie fut enlevé un mois après : un mois et demi après l'intervention, le garçonnet s'était très bien remis.

« Le thorax est un peu élargi. L'examen clinique et la radioscopie montrent que l'estomac a été attiré en haut. La radiographie montre que le diaphragme à gauche est au niveau de la VI^e côte, à droite au niveau de la VII^e. Le cœur est fortement tiré à droite. »

Cinquante-deux jours après l'intervention, le malade quitte la clinique. La respiration est régulière, le pouls est bon.

L'auteur dit : « trente-cinq accès très graves d'asphyxie ont pu de cette manière être jugulés chez notre malade. Il est intéressant et important de noter que la double phrénicotomie ne comporte pas de dangers par elle-même. » L'auteur ajoute que l'expectoration a été plutôt facilitée par la paralysie du diaphragme, alors qu'on avait prétendu que cette paralysie rendait très difficile cette expectoration.

Ces évaluations spirométriques qui ont été faites plusieurs fois, ont montré que le garçonnet ne pouvait insuffler dans l'appareil que 200 centimètres cubes. Cela vient, dit Sauerbruch, non pas de la faiblesse de l'expiration, mais de la limitation de l'entrée de l'air

à chaque inspiration. Comme, malgré cette limitation, l'enfant ne souffre pas, cela prouve que l'organisme a la faculté de s'adapter à des conditions respiratoires diverses.

Au mois d'avril 1915, eut lieu à Bruxelles un Congrès des chirurgiens allemands. Le problème général discuté porta sur l'opportunité de l'intervention ou de l'abstention dans les blessures de guerre. Les opinions furent très partagées et cela pour toutes les catégories de blessures, blessures des organes, comme blessures des membres.

Le 11 mai 1915, le professeur Koetzle écrit que, toutes les fois qu'il n'y a pas bénignité certaine pour toute plaie de guerre, il faut opérer dans le plus bref délai possible.

Le 14 septembre 1915, le professeur Payr, de Leipzig, écrit une revue générale sur le traitement des lésions et des suppurations articulaires de guerre.

Il pose d'abord en principe qu'il ne faut pas avoir en vue dans le traitement seulement le maintien de la vie mais aussi et c'est tout à fait possible, dit l'auteur, dans bon nombre de cas, le *retour au fonctionnement presque intégral de l'articulation*.

Il distingue essentiellement l'empyème de la synoviale et le phlegmon capsulaire « Kapselphlegma » portant non seulement sur la synoviale et les surfaces articulaires, mais aussi sur les muscles, les tendons, les séreuses péri-articulaires; il insiste sur la gravité de cette seconde forme qui résulte souvent de la

première, insuffisamment traitée et qui comporte un traitement comme des suites plus graves.

Il fait remarquer que, par suite de la disposition spéciale des poulies et des ligaments, il y a des arthrites suppurées n'atteignant qu'un segment de l'articulation; il faut, par suite, écrit-il, s'attacher à préciser si toute l'articulation ou seulement une partie est suppurante.

Dans les cas de suppurations intra-articulaires *sans corps étrangers encore inclus*, l'auteur recommande s'il n'y a pas un gros épanchement, une injection de phénol-camphrée, avec la formule suivante :

Acide phénique liquide.	30 grammes	
Camphre.	60	—
Alcool absolu	5	—

Pour l'auteur, ce liquide agit comme hyperhémiant et comme calmant, et d'autre part, la lente résorption de l'acide phénique et du camphre sert à la désinfection.

Dans le cas d'épanchement plus important, l'auteur fait la ponction ou l'incision de la capsule et dans ce dernier cas laisse un drain en verre de Kocher; par le trocart ou le drain, il fera un « remplissage » de la cavité articulaire avec de 5 à 20 centimètres cubes de la solution de phénol-camphré ci-dessus.

Le professeur Payr tient en effet énormément à ce remplissage du conduit articulaire : « Si on remplit le conduit capsulaire après l'évacuation de l'exsudat, les franges synoviales n'adhèrent pas entre elles, il ne se forme pas de récessus par l'accumulation de fibrine,

il ne se produit pas de poche isolée tendue qui engendre les nécroses synoviales, les abcès et les perforations. »

Quand il y a un corps étranger quelconque dans l'articulation, le premier temps de l'opération consiste à l'enlever. « Nous dirons avec la plus grande insistance qu'il s'agit dans les suppurations articulaires de la chirurgie de guerre, non seulement de vider l'empyème, mais aussi d'éloigner le sujet d'infection. Tous les corps étrangers, balle, éclats de grenade doivent être enlevés. Il faut se rappeler que la radiographie peut montrer comme étant extra-articulaire un corps étranger qui en réalité a fait un trou gros comme une tête d'épingle dans la capsulaire articulaire et que, par ce trou, peut se communiquer l'inflammation du voisinage. Également, un éclat de grenade fiché dans un cartilage articulaire, qu'il détériore, soit par une fissure, soit par une fracture, constitue une source d'infection à faire disparaître, dont l'ablation doit se faire au ciseau et, si c'est nécessaire, par une résection partielle.

« Il en est de même des fractures épiphysaires ou diaphysaires dont les fissures ou le morcellement vont jusqu'à l'articulation. Dans ce cas, la fracture infectée est le foyer de suppuration intarissable, qui envoie toujours de nouveaux germes dans l'articulation et qui défie toutes les incisions d'abcès. Donc la cause de l'infection, quelle qu'elle soit, doit être enlevée aussi radicalement que possible et plus on opère tôt, meilleurs sont les résultats. »

Revenant à la nécessité d'opérer largement et radi-

calement dès la première intervention, l'auteur écrit : « Quand nous déclarons que nous avons limité, autant qu'il était possible, les indications de l'amputation secondaire pour l'infection articulaire, c'est évidemment avec la condition expresse que le traitement de la suppuration articulaire fut dès le début approprié et suffisamment énergique. Quand on procède par petites incisions répétées, quand de nouveaux drainages sont à chaque instant établis, quand on s'amuse au petit jeu des jets d'eau, pendant que les perforations capsulaires provoquent abcès sur abcès péri-articulaire, pendant qu'en un mot le foyer d'infection n'est pas nettement ni largement mis à jour, ni radicalement traité, tout naturellement le jour choisi pour l'ablation radicale est choisi trop tard et le malade meurt d'infection chronique, amyloïde, de myocardite, malgré l'amputation. »

Dans le traitement consécutif à l'intervention, le professeur Payr recommande chaudement l'extension permanente et la mobilisation soit passive, soit active, **précoce, mais surveillée.**

Pour l'extension continue, il s'exprime ainsi : « Très importante dans les suppurations articulaires est la question de l'extension permanente. Nous en avons fait un large emploi dans toutes les articulations. Protection des cartilages, déplissement de la capsule, atténuation des douleurs, correction de la position et possibilité d'une mobilité articulaire, si limitée soit-elle, sont ses principaux avantages qui sautent aux yeux. »

Pour ce qui est de la mobilisation, il ajoute :

« Dans les cas où on peut espérer la conservation d'une articulation mobile — ces cas sont très nombreux avec un traitement bien approprié, — il faut aussi précocement que possible songer à l'appareil de mobilisation active. Les mouvements passifs de l'articulation ne suffisent pas. »

Comme exemples de mobilisation précoce, les faits suivants sont cités : « Dans une suppuration articulaire drainée pendant quarante-huit heures, nous avons, deux jours après, fait commencer les mouvements passifs, sans voir d'inconvénients. La peur de voir réapparaître l'infection est certainement trop grande ! Nous avons à différentes reprises dans des suppurations du genou, atteint après trois semaines une mobilité allant jusqu'à 90 degrés. Ces considérations s'adressent seulement à l'empyème ; dans les phlegmons capsulaires, de nouvelles ascensions thermiques nous invitent à la prudence. »

Au lieu de l'extension, dans les résections tardives (suppuration chronique) du membre inférieur, le professeur de Leipzig emploie très volontiers « l'appareil plâtré soit fenêtré, soit en deux pièces réunies par des arceaux métalliques. »

« Pour parfaire le résultat, il faut un traitement médico-mécanique ; les cures balnéaires, les bains de soleil, l'emploi des lumières artificielles, la pratique d'exercices appropriés que le patient réalise lui-même, jouent un grand rôle, cela va de soi. »

Le 28 septembre 1915, le professeur Kraske redéfend, dans une lettre à un de ses amis, l'inter-

vention pour les plaies abdominales aussi précoce que possible, et il donne une statistique de 39 cas : sur ces 39 cas, il a obtenu 20 guérisons, soit une proportion de 51,3 pour 100.

Il publie un petit tableau où il montre que les chances de guérison de ses opérés ont augmenté avec la précocité de l'opération.

A la fin de 1915, au Congrès de Berlin, la grande majorité des chirurgiens allemands s'étaient définitivement rangés au principe des opérations précoces et larges.

Un grand nombre de chirurgiens allemands ont, de bonne heure, songé au rapprochement secondaire des bords des plaies. Beaucoup ont imaginé divers systèmes plus ou moins ingénieux à l'aide de leucoplaste de lacets, etc. Nous avons lu des descriptions de suture sanglante.

Rapidement, les Allemands organisèrent des centres de prothèses de toutes sortes qui ont pour mot d'ordre de toujours faire passer le quotient utilitaire avant toute considération esthétique. Un des plus grands centres est à Düsseldorf, mais ils sont disséminés dans toute l'Allemagne.

Il en est de même des écoles de mutilés pour officiers et pour soldats, des centres de mécano-thérapie et, pour ce complément de traitement, nous regrettons que les Allemands n'aient pas mis à notre disposition quelques-uns des nombreux appareils qui nous ont été montrés à Bielefeld, quels que soient les

résultats que nos blessés auraient retirés de ces soins, ces appareils auraient dû être mis à leur disposition.

Presque dès les premiers mois de la guerre, les chirurgiens et les médecins allemands ont tenu des réunions où les maîtres apportaient les fruits de leur expérience et soumettaient leurs conclusions à la discussion générale. Aux Congrès généraux, comme ceux de Bruxelles, de Varsovie ou de Berlin, ceux de l'intérieur se rencontraient avec ceux des armées et, les uns et les autres venaient comme juxtaposer leurs observations, formant ainsi un tout.

Mais aussi, dans chaque région, dans chaque armée, il y a des réunions décrétées où les chirurgiens, les médecins, les spécialistes de l'avant se rencontrent et soumettent leurs opinions.

Il résulte certainement de ces échanges de vues une cohésion et une stimulation des efforts, qui ne peuvent être que profitables aux blessés et aux malades.

CONCLUSIONS

I. — De ce que nous avons observé à l'hôpital de Bielefeld, nous concluons que les plaies de guerre osseuses, chroniques, fistulisées, traitées primitivement par l'abstention, peuvent avec l'aide de la radiographie, montrant corps étrangers, esquilles et séquestres, être traitées avec bénéfice par le débridement large, l'ablation des corps étrangers et l'esquillectomie sous-périostée ; la plaie osseuse doit être exposée dans tous ses recoins ; dans la réparation et la cicatrisation, le soleil et l'air chaud donnent de bons résultats.

II. — L'anesthésie locale à la novocaïne-adréraline, par l'injection endo-neurale ou par infiltration, peut être employée beaucoup plus souvent qu'on ne le fait pour de nombreuses opérations courantes ; la novocaïne, comme nous l'avons observé au Lazarett du camp de Minden, où nous avons parfois utilisé de grosses doses, est extrêmement peu toxique, ce qui la rend intéressante chez les vieillards, les débilités et ceux ayant poumons ou cœur en mauvais état.

III. — La chirurgie de guerre allemande a connu deux périodes, une première période d'abstention systématique jusqu'au milieu de 1915, une seconde période résolument interventionniste depuis septembre-octobre 1915. Dans des Congrès généraux et régionaux, les Allemands centralisent leurs efforts et leurs recherches et chacun peut savoir facilement les méthodes qui ont fait leurs preuves.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

V. ROCHET.

Vu :

POUR LE DOYEN,

L'Assesseur :

J. COURMONT

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 février 1917.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — De la capture au Reserv-Lazarett de Bielefeld, en Westphalie	11
CHAPITRE II. — Séjour au Lazarett de Bielefeld	13
CHAPITRE III. — Séjour au camp de Minden	28
CHAPITRE IV. — Tendances générales de la chirurgie de guerre allemande	37
CONCLUSIONS	47



